悬灸技术应用于 1 例肌痹患者的护理个案报告

凯艳[1]　李苏茜[1]

（1.北京中医药大学东方医院 风湿科，北京 100078）

摘要：本文总结悬灸技术对肌痹患者的相关护理经验。主要包括悬灸技术的方法及注意事项、生活指导、饮食护理、心理干预等护理的配合，通过辨证分型，选取有针对性的穴位，并配合相关的护理，有效缓解肌痹患者的疼痛症状，提高患者的日常生活能力。

关键词：肌痹；悬灸技术；中医护理。

A nursing case report on the application of suspension moxibustion technology in a patient with muscle paralysis

Kai Yan1　Li Suqian1

（1. Department of Rheumatology， Dongfang Hospital， Beijing University of Chinese Medicine， Beijing 100078）

Abstract: This article summarizes the relevant nursing experience of suspension moxibustion technology for patients with muscle paralysis. This mainly includes the methods and precautions of suspension moxibustion technology， life guidance， dietary care， psychological intervention， and other nursing interventions. Through syndrome differentiation and classification， targeted acupoints are selected， and relevant nursing is combined to effectively alleviate the pain symptoms of muscle paralysis patients and improve their daily living abilities

Keywords: Muscle obstruction; Suspension moxibustion technique; Traditional Chinese Medicine Nursing

肌痹亦称肉痹，病在肌（肉），是以肌肉疼痛、压痛，肌肉重着麻木，肌肉无力，肌肤麻木不仁，感觉异常，胸闷乏力，自汗或多汗，肢体沉重；继则肌肉萎缩，四肢缓而不收，甚则失用，影响肢体活动、关节不利等为主要表现的风湿病；伴皮痹者可见手足逆冷，遇寒手足皮肤变白变紫，或伴有颜面、眼睑皮肤水肿，呈紫红色或胸背部弥漫性潮红。肌痹为五体痹之一，是风湿病的三级痹病，在临床上有着重要的意义。西医学的多发性肌炎、皮肌炎、

---

[1] 通讯作者：李苏茜，联系电话:15011309283，邮箱：648152629@qq.com

风湿性多肌痛、纤维肌痛综合征、进行性肌营养不良、重症肌无力及各种原因引起的肌炎等可出现肌痹表现。肌痹外多由邪气侵袭，痰瘀痹阻肌腠脉络；内多由脾胃虚弱，气血不足，不能荣养肌腠所致[1]。目前西医治疗主要以糖皮质激素、环磷酰胺和甲氨蝶呤、环孢素、血浆置换、全身放射线照射等治疗方法，根据急性期、缓解期，恢复期分期论治。但仍有部分患者皮疹不能消退，肌无力症状无法缓解，反而进行性加重[2]。中医护理技术操作是在中医整体观念的指导下，根据中医的阴阳、五行、脏腑、经络学说，运用中医的四诊、八纲的理论和方法，对患者的主诉、症状、体征进行综合分析，并按不同的病因、不同的机体反应、不同的病情进行辨证施护的一种方法，通过此种操作手法对患者实施主动、全面、系统、恰当的护理，使患者从阴阳失调，偏盛偏衰的状况转化成为阴平阳秘，精神乃至的境地。中医护理技术因其简、便、廉、易、广、验 等优势，目前在临床疾病防治、养生保健、疾病康复等方面得到了广泛的临床应用[3]，本文主要总结通过运用悬灸技术治疗肌痹的护理经验，现报告如下。

1　临床资料

1.1 病史：

患者林某，男，67 岁，主因“全身关节肌肉疼痛 1 年，全身乏力 2 周”。由门诊步行入我病区。患者于 2023 年 2 月无明显诱因下出现全身多关节肌肉疼痛，以双手掌指关节、髋关节、双膝关节为主，伴双下肢乏力，不能行走，双踝及双足背面水肿，就诊于“枝江人民医院”，查血钾：3.05mmol/L，考虑“低钾周期性麻痹”，予补钾治疗后未有缓解并出现低热；2023 年 4 月就诊于“北京大学人民医院”，查全血细胞+CRP：CRP 50.3mg/L\RBC 3.48*10^12/L、HGB 50.3mg/L、HCT 30%，肝肾功：GGT 110U、L、ALP 131U/L、ALB 29.7g/L、A/G 0.63，ESR：107mm/h，24h 尿蛋白：0.3g/d，免疫球蛋白：IgG 23.58g/L、IgA 8g/L，考虑“免疫球蛋白水平增高”，口服布洛芬治疗后关节疼痛减轻、体温恢复正常，患者仍下肢乏力，2023 年 5 月就诊于我科门诊，查抗核抗体谱：ANA 1:100-320、胞浆抗体 1:320，风湿三项+免疫球蛋白：CRP 28.5mg/L、IgG 23.57g/L、IgA 8.05g/L，ESR：90mm/h，考虑“风湿性多肌痛”，收入我科住院治疗，予醋酸泼尼松龙 10mg qd po、雷公藤多苷片 20mg tid 抗炎抗免疫治疗，症状减轻后出院，2 周前患者出现全身乏力，现为求进一步系统治疗收入我院风湿科住院。入院症见：全身乏力，偶有胸椎疼痛，关节怕冷，未见明显晨僵，无发热，偶有咳嗽咳痰，晨起较著，痰黏难咳，纳可，眠差，二便调，近半年体重增加 10 斤。患者否认食物药物过敏史。既往史：高血压病史 30 年余，最高血压 180/100mmHg，现规律服用苯磺酸氨氯地平；高脂血症 20 年余，现服用阿托伐他汀钙片；腔隙性脑梗死、慢性支

气管炎 10 年，未治疗；2023 年诊断肺结节病、陈旧性肺结核、肺气肿、脂肪肝、慢性胃炎、胆囊息肉、低钾血症；2023 年于我科住院诊断重度骨质疏松、双膝骨关节炎，现规律服用碳酸钙片、阿法骨化醇，半年注射地舒单抗注射液，抗骨质疏松治疗。2023 年 10 月胸椎压缩性骨折，于外院手术治疗。2024 年月 1 日 15 日患者入院，入院后西医治疗以抗炎抗免疫、纠正骨质疏松、降压降脂等治疗为主。中医以外治法化痰祛瘀、通络止痛为主，并给予悬灸治疗。经过住院期间十二天治疗后，患者于 2024 年 1 月 27 日好转出院。

1.2 查体：

神志清楚，发育正常，形体正常，步行进入病房，入院时体温为 36.0℃，脉搏 80 次/分，呼吸 18 次/分，血压 140/90mmHg。查体配合，应答切题，全身皮肤及粘膜无黄染，周身浅表淋巴结未触及肿大，头颅以及五官是对称，双瞳孔等大正圆，对光反射灵敏，双巩膜未见黄染，眼睑未见浮肿，伸舌居中，口唇未见紫绀，咽无充血，耳鼻无异常分泌物，双扁桃体无肿大，颈软无抵抗，无颈静脉怒张及颈动脉搏动异常，气管居中，双甲状腺不大；胸廓是对称，呼吸对称，双肺呼吸音正常，心界叩诊不大，心率 70 次/分，律齐，心脏听诊未闻及病理性杂音；腹部平软，无压痛、反跳痛和肌紧张，移动性浊音（-），莫非氏征（-），麦氏点无压痛，肝脾区叩痛（-）；双下肢无水肿，无明显活动障碍。神经系统检查：生理反射存在，病理反射未引出。椎体压痛（-），双手掌指关节、双髋关节压痛（-），双膝关节压痛（+），双“4”字试验（一）。舌苔脉象：舌暗淡苔白，脉滑数。

1.3 辅助检查：

双肾输尿管膀胱前列腺彩超提示：前列腺增生伴钙化；腹部常规+肝胆胰脾超声提示：肝胆胰脾未见明显异常；心脏超声提示：主动脉硬化、左室舒张功能减低；胸 CT 提示：左肺上叶侧结节，细支气管炎可能，随访。两肺肺气肿、肺大疱改变，两肺部分支气管轻度扩张，两肺轻度间质性病变，两肺陈旧性病灶。动脉硬化改变，脾脏钙化灶，胸 12 椎体术后改变；骨钙素：4.3ng/ml；C-反应蛋白：18.3mg/L；免疫球蛋白：7.02g/L；补体 C4:0.51g/L；谷氨酰转肽酶：102.2U/L；血沉：44mm/h。

1.4 诊断：

中医诊断：肌痹，中医辨证：脾肾阳衰证、气滞血瘀证；西医诊断：风湿性多肌痛。

鉴别诊断：中医类证鉴别本病当与痿证鉴别，肌痹以关节肌肉疼痛为主要表现，并可出现关节畸形改变，无明显肌肉萎缩。痿证当以四肢关节肌肉痿废不用为主要表现，关节疼痛不明显。本患者以关节肌肉疼痛为主诉，故两者可予以鉴别。

1.5 治疗：

内科护理常规，一级护理，低盐低脂饮食；西医治疗以抗炎抗免疫、纠正骨质疏松、降压降脂等治疗为主。醋酸泼尼松片 5mg qd po；雷公藤多苷片 20mg tid po；苯磺酸氨氯地平片 5mg qd po；阿托伐他汀钙片 10mg qd po；碳酸钙片 0.75g tid po；阿法骨化三醇片 0.5ug qd po；甲钴胺片 0，5mg tid po。中医治疗以外治法化痰祛瘀、通络止痛为主，悬灸治疗取穴：足三里、关元、三阴交、膻中、太冲、期门、内外膝眼、血海、肾俞。入院时患者疼痛数字评价量表（NRS）：6 分，日常生活能力评定量表（Barthel）：85 分，住院期间给予患者悬灸治疗后，住院第五天患者疼痛数字评价量表（NRS）：4 分，日常生活能力评定量表（Barthel）：90 分，经过住院期间悬灸治疗后，住院第十二天患者疼痛数字评价量表（NRS）：1 分，日常生活能力评定量表（Barthel）：95 分，患者好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

采用疼痛数字评价量表（NRS）和日常生活能力评定量表（Barthel）对患者进行评估，NRS 评分标准:0 分为无痛；0-3 分为轻微疼痛，能忍受；4-6 分为中度疼痛并影响睡眠，尚能忍受；7-10 分为重度有较强烈的疼痛，疼痛难忍，影响食欲，影响睡眠。Barthel 评分标准:0 表示生活自理为 100 分;1 表示轻度功能障碍为 61-99 分;2 表示中度功能障碍为 41-60 分;3 表示重度功能障碍，≤40 分。本病例患者入院时 NRS 得分 6 分，属于中度疼痛。Barthel 得分 85 分，属于轻度功能障碍。

2.2 护理诊断

根据患者的主诉及身体的评估，患者正处于肌痹的急性发作期，生活质量受到了轻度的影响。

现存的护理诊断：

一、疼痛：关节肌肉疼痛与关节炎症、过度劳累有关。

二、躯体移动障碍：与关节肌肉疼痛有关。

三、睡眠形态紊乱：与关节肌肉疼痛有关。

四、焦虑：与缺乏疾病相关知识有关。

2.3 护理目标

一、疼痛：疼痛数字评价量表（NRS）评分降低。

二、躯体移动障碍：日常生活能力评定量表（Barthel）评分升高。

三、睡眠形态紊乱：疼痛数字评价量表（NRS）评分降低。

四、焦虑：向患者讲解肌痹相关的知识、肌痹患者转归的案例。

2.4 护理措施

2.4.1 悬灸技术

悬灸技术治疗常用的施灸方法包括：温和灸、雀啄灸、回旋灸，本病患者选用了温和灸，具体操作步骤如下：

根据患者的症状及辨证分型：脾肾阳衰证、气滞血瘀证，选取相应穴位。患者取舒适体位，取穴：足三里、关元、三阴交、膻中、太冲、期门、内外膝眼、血海、肾俞。选用规格为长 20 cm、直径 1. 8 ～ 2. 0 cm 圆柱状艾条（ 南阳百草堂公司生产)，用酒精灯点燃艾条，将点燃的艾条对准施灸部位，右手持灸条，左手放置穴位皮肤上，并用两指将穴位处皮肤撑开[4]，在距离选定部位皮肤表面 2-3cm 高度手持调控温和灸[5]，使患者局部有温热感为宜。每处灸 10-15 分钟，至皮肤出现红晕为度。每日 1 次，连续治疗 10 天[6]。施灸后用纱布擦净皮肤，观察患者皮肤情况。

注意事项：①大血管处、孕妇腹部和腰骶部、皮肤感染、溃疡、瘢痕处、有出血倾向者不宜施灸。空腹或餐后一小时左右不宜施灸。②一般情况下，施灸顺序自上而下，先头身，后四肢。③施灸时防止艾灰脱落烧伤皮肤或衣物。④注意观察皮肤情况，对糖尿病、肢体麻木及感觉迟钝的患者，尤应注意防止烧伤。⑤如局部出现小水泡，无需处理，可自行吸收；水泡较大，可用无菌注射器抽吸泡液，用无菌纱布覆盖。⑥嘱患者及时补充水分，如淡盐水，治疗后忌饮冷饮，忌激烈运动；观察有无不良反应[7]。

2.4.2 生活护理：

肌痹患者在急性期发作时应卧床休息并尽可能的抬高疼痛患肢，避免受累关节的负重，减轻患肢的疼痛，待患侧肢体疼痛缓解后，可适当的恢复活动，避免过度劳累。注意保暖防潮，避免接触寒冷潮湿。

2.4.3 饮食护理

肌痹患者因病情需要，热量的摄入量不宜过高。需多进食富含膳食纤维素、维生素、蛋白质类食物。如：谷粮替代饮食：谷类中富含的碳水化合物是神经系统的主要来源，杂粮富含 B 族维生素、镁等，在维持神经肌肉的线粒体功能、抑制凋亡中发挥着重要作用。低热量饮食、无麸质饮食、素食饮食、地中海饮食：强调蔬菜、水果、豆类、坚果全谷物、橄榄油、香料要顿顿都有；鱼类和海鲜每周食用不少于 2 次；适量的食用鸡蛋、奶酪、酸奶；避免食用红肉和糖类，避免饮酒。这些食物能有效减轻肌痹患者的症状。

2.4.4 心理护理

患者对疾病不了解，肌肉疼痛导致患者在日常生活活动中受到影响进而使患者出现焦虑、

烦躁情绪，所以临床护理工作中，应给予患者足够的关心，多与患者沟通，使其保持愉悦心情[8]。并向患者介绍肌痹的发生因素、发展的过程以及转归，并取得患者的理解和配合。

2.4.5 疗效观察

经过治疗一疗程后患者自觉疼痛减轻，生活自理能力较前改善，治疗效果显著。患者 NRS 和 Barthel 评分量表进行评估，如下图所示：

效果评价

评价日期 / 评价方法	第一天（入院当日）	第五天	第十二天（出院当日）
NRS	6	4	1
Barthel	85	90	95

2.4.6 结果和随访

患者对住院期间的治疗配合度较高，治疗效果满意。患者出院后的第 3 天、第 7 天、第 14 天都给予了随访，问询患者有无不适的症状，是否按时服药、定期复查，患者表示无不适症状，有按时服药、定期复查。并给予了患者生活、饮食的指导。

3 讨论

3.1 肌痹的病因病机：

肌痹是按五体组织分类的痹病，为五体痹之一。是一种发生于肌肉的痹证，多由风寒湿邪 外感侵袭人体并停留在肌肉所致，根据邪气停留的位置、占主导地位的邪气的不同而有不同的临床表现，主要包括肌肉疼痛、肌肉不仁、肢体沉重、屈伸不利等[9]。其病因多为外邪痹阻肌腠脉络、脾胃虚弱、气虚亏虚和痰阻血瘀，总不外“虚邪瘀”三类。肌腠脉络痹阻，肌肉失养是肌痹的基本病机。本病发病，若以外邪、实邪为主者，其病势较急，症状较重，常伴有发热、 恶寒、周身肌肉多处肿痛；若偏于毒热者，常伴有皮疹；寒湿重者，则多肢冷身重，病情缠绵；因此，治疗时，初期多以祛邪为主，后期以扶正为主。对于虚实夹杂之证，要扶正祛邪兼施。其转归与预后取决于正气的盛衰和邪气的轻重，正盛邪轻者易治， 正虚邪重者难疗。肌痹作为风湿病之一，在临床中有着重要的意义[10]。因此， 肌痹应当准确辨证，对症用药，积极治疗，必要时中西医相结合，尽快控制病情，提高患者生活质量[1]。

3.2 悬灸治疗的特色

悬灸技术是通过对相应穴位的刺激达到温经散寒、疏通经络、祛风止痛、扶阳固脱。主穴：足三里（起到温补阳气作用，可以改善脾肾阳虚引起的腹胀、腹泻、便秘、怕冷等症状。）、关元（温助阳气、固护人体正气、祛除外邪）、三阴交（温肾健脾、调经止痛、祛湿利水等作用）、膻中（为气之会穴，气滞血瘀者艾灸膻中穴，能够温经活络）、太冲（疏肝理气的作用）、期门（气滞血瘀者艾灸期门穴，起到理气活血的作用）、内外膝眼（疏风通络、清热、活血、通利关节的功效）、梁丘（通经活络、理气和胃的作用）、肾俞（具有补肾的作用，通过补益肝肾治疗疼痛）。悬灸主要通过“灸热效应”激发经气，疏通经络。作为一种中医外治法，其具体操作是通过灸火的热力对所选穴位或发生病变的部位进行烧灼、温熨[11]。现代研究证明艾条燃烧时可增强局部温度，同时其产生的综合光线，可作用于人体组织的不同层次，进而兴奋多种感受器，诱导机体多系统产生综合应答[12]。

3.3 传承创新发展中医药

党的十八大以来，以习近平同志为核心的党中央从统筹推进“五位一体”总体布局、协调推进“四个全面”战略布局、增强民族自信和文化自信的全局和战略高度，对中医药传承创新发展作出一系列重大决策部署。传承创新发展中医药是新时代中国特色社会主义事业的重要内容，是中华民族伟大复兴的大事，对于坚持中西医并重、打造中医药和西医药相互补充协调发展的中国特色卫生健康发展模式，发挥中医药原创优势、推动我国生命科学实现创新突破，弘扬中华优秀传统文化、 增强民族自信和文化自信，促进文明互鉴和民心相通、推动构建人类命运共同体具有重要意义。中医护理作为中医药的重要组成部分，“十三五”时期随着国家对中医药事业的高度重视而获得快速发展。“十三五”期间，首都中医护理发展取得显著成效。采取多元化人才培养模式，中医护理人才队伍得到持续壮大。依托重点专科建设，深化优质护理服务，中医护理服务可及性得以不断提升[13]。

本文总结了悬灸技术对肌痹患者的相关护理经验，包括悬灸技术的方法及注意事项、生活指导、饮食护理、心理干预等护理的配合，根据患者的辨证分型进行取穴，并对患者进行有针对性的护理干预，有助于缓解患者肌痹症状，减轻肌肉疼痛，并且悬灸技术操作简便，价格低廉，无明显不良反应，值得临床推广应用。肌痹作为风湿病之一，在临床中有着重要的意义。通过对历代文献有关肌痹病因病机及证治规律的整理和研究，能够更清晰地认识肌痹理论体系，使肌痹理论更好地应用于临床[9]。

4.患者观点

患者对住院期间的此次治疗效果评价满意。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1]李满意，刘红艳，陈传榜，等.肌痹的证治[J].风湿病与关节炎，2020，9(09):53-55+80.

[2]杨显娜，凌丽，唐海倩，等.吴生元治疗肌痹经验撷要[J].辽宁中医杂志，2022，49(07):35-38.DOI:10.13192/j.issn.1000-1719.2022.07.010.

[3]王亚丽，魏永春，董玉霞，姜婧，鄂海燕，唐玲.中医护理技术沿革及应用现状[J].中西医结合护理，2023，9(6):107-111.

[4]李观荣，易群，吴世敏，等.艾灸灸量以唇红为度的初步观察[J].四川中医，2001，(06):17-18.

[5]谢琰，李倩倩，熊汉鹏，等.悬灸联合穴位贴敷预防新冠肺炎感染的效果观察 [J].江西中医药，2020，51(12):62-65.

[6]俞萍，郑昌岳，蒋剑文，等.悬灸百会穴配合针刺治疗气血亏虚型颈性眩晕临床观察[J].光明中医，2022，37(06):1046-1049.

[7]张鑫，付莲英. 子午流注择时悬灸联合中药熏蒸治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎的临床观察[J]. 中国民间疗法， 2023， 31 (13): 43-46. DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2023.1312.

[8]任苏娅，郑超.1 例痛风患者口服别嘌呤醇致大疱性表皮松解坏死型药疹的护理[J].中西医结合护理，2022，8(7):59-62.

[9]李满意，娄玉钤.肌痹的源流及相关历史文献复习[J].风湿病与关节炎， 2014，3(09):57-65.

[10]吴云云，唐纯志.基于《黄帝内经》肌痹病因探讨其针灸治疗[J].按摩与康复医学，2022，13 (23):17-19.DOI:10.19787/j.issn.1008-1879.2022.23.005.

[11]盛丹丹，孙熙洋，李振前.灸法治疗化疗后骨髓抑制的研究进展[J].湖南中医杂志，2024，40(03):205-208.DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2024.03.041.

[12]鄂海燕，王亚丽，魏永春，秦沙沙，董玉霞，唐 玲.围刺联合悬灸治疗 1 例带状疱疹患者的护理体会[J].中西医结合护理，2021，7(11)：114-117.

[13]唐 玲，郭红，祝静，张敬，李野，徐京巾.《北京市“十四五”中医护理发展规划》解读[J].中西医结合护理，2022，8(7)：157-162.